

Доля образцов псориаза и здоровой кожи доноров с различной вирусной нагрузкой

Материал	Кол-во образцов		Вирусная нагрузка (log ДНК ВПЧ на 10 ⁵ клеток)				
	всего	ВПЧ+	< 1	1-2	2-3	3-4	> 4
Образцы псориаза	53	47	8,5%	31,9%	44,7%	8,5%	6,4%
Здоровая кожа (доноров)	23	10	33,8%	48,8%	17,4%	0,0	0,0

Выявленные различия в количественном составе представителей микрофлоры кожи у больных псориазом и лиц контрольной группы свидетельствуют о значительном снижении естественной резистентности и компенсаторных возможностей при хронических дерматозах. Таким образом, при псориазе происходят изменения в микрофлоре кожи, проявляющиеся увеличением общей микробной обсемененности кожи вследствие пролиферации коагулазонегативных стафилококков, при этом имеются отличия микробного пейзажа очагов поражения и участков непораженной кожи. Повышенная обсемененность кожи стафилококком, как фактор, свидетельствующий о снижении естественной резистентности, по-видимому, определяет высокую встречаемость ВПЧ как в очагах псориаза (87%), так и на участках видимо здоровой кожи (53%) по сравнению с контрольной группой (44%).

ЛИТЕРАТУРА

1. De Villiers E.M. et al. // J. Clin. Virol. – 2004. – V. 324. – P. 17-27.
2. Favre M., Orth G., Majewski S. et al. // J. Invest. Dermatol. – 1998. – V. 110. – P. 311-318.
3. Harwood C.A. et al. // Brit. J. Dermatol. – 2004. – V. 150, №. 5 – P. 949-957.
4. Majewski S., Jablonska S. // Arch. Dermatol. – 2002. – V. 138. – P. 649-654.
5. Simeone P., Teson M. et al. // Exp. Dermatol. – 2005 – V. 14. – P. 824-829.
6. Yamamoto T., Katayama J., Nishioka K. // Eur. J. Dermatol. – 1998. – V. 8. – P. 325-329.

ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ

Л.В. Корнева

ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Акне – хроническое рецидивирующее заболевание сальноволосных фолликулов, вызываемое *Propionibacterium acnes* [2, 7]. Акне, по мнению разных авторов, является генетически детерминированным заболеванием и поражает от 50 до 80% лиц в возрасте от 13

до 30 лет с высоким семейным накоплением, чаще у мужчин [3, 8]. Пик заболевания отмечается в период полового созревания – в возрасте от 16 до 18 лет. Течение заболевания волнообразное, с частыми обострениями [2]. В соответствии с современными представлениями, в основе развития акне лежит андрогенозависимый процесс гиперсекреции кожного сала, фолликулярный гиперкератоз и воспаление, являющееся следствием размножения в заблокированной сальной железе *P. acnes* [6, 10]. Персистенция *P. acnes* приводит к активации комплемента, привлечению в очаг лейкоцитов и подавлению местных факторов иммунной защиты; тяжелое течение акне сопровождается повышением уровня IgE. Деятельность сальных желез регулируется гормональными и нервно-вегетативными механизмами [5, 6].

В связи с большой распространенностью поражений кожи постоянно совершенствуется терапия. Наиболее эффективным препаратом, применяемым в настоящее время при лечении тяжелых форм акне у мужчин, является **ретиноид изотретиноин** (роаккутан, аккутан, 13 – цис-ретиноевая кислота), в лечении акне его используют с 1979 г. Он эффективен при тяжелых узловатых или кистных формах вульгарных акне, не поддающихся терапии антибиотиками [9], и обеспечивает длительную ремиссию. Наблюдающаяся супрессия салообразования в течение нескольких месяцев после отмены препарата со временем возвращается к норме или к уровню, близкому к норме.

Терапевтический эффект изотретиноина, сопровождающийся довольно быстрым уменьшением количества и размеров пустул и гнойничковых узловатых элементов, основан на снижении экскреции сала, нормализации фолликулярного гиперкератоза, подавлении *P. acnes* как на поверхности, так и в протоках сальных желез [12]. Кроме того, препарат обладает противовоспалительным действием за счет регулирующего влияния на процессы хемотаксиса и фагоцитоза [11].

В то же время, широкое применение препарата ограничено возможным развитием неблагоприятных эффектов (артралгии, скованность суставов и тендинит, сухость слизистых оболочек и кожи, хейлит, эритема, конъюнктивиты, головные боли, нарушение липидного обмена печени), которые после снижения дозы проходят. Еще одним из неблагоприятных действий роаккутана является тератогенный эффект, в связи с чем его назначают, главным образом, при тяжелых формах и преимущественно лицам мужского пола. При длительности лечения 16-20 недель и курсовой дозе 120-150 мг/кг отмечаются выраженные побочные эффекты у 80 - 90% пациентов. Некоторые из побочных эффектов являются причиной отмены препарата или снижения его суточной или курсовой дозы, в связи с чем их применяют только при тяжелых формах акне. Поэтому продолжается поиск методов лечения, предотвращающих или снижающих развитие побочных эффектов изотретиноина. В частности, изучается эффективность комбинации при акне **изотретиноина и препаратов интерферона** [4]. Для изучения

клинической эффективности иммунотерапии у больных тяжелыми формами вульгарных угрей (ВУ) в комплексном лечении был выбран отечественный иммуномодулятор «Виферон».

Поскольку целью исследования было изучение оптимизации лечения с применением виферона группу мужчин разделили на две подгруппы с идентичными клиническими формами воспалительных акне. В основе каждой схемы было использование патогенетически обоснованного системного препарата (роаккутан). В одной из групп применили курсовое введение виферона ректально и в виде наружного препарата – геля. Таким образом, у мужчин было выделено две группы: первую группу (основную) составили 20 больных, которым применили схему лечения в виде системного ретиноида роаккутана в дозе 0,5 мг/кг/сут с последующим снижением дозы ежемесячно при клинической эффективности. В случае неэффективности дозу оставляли такой же или увеличивали незначительно до достижения эффекта с последующим снижением. Усиление терапевтического эффекта достигалось курсовым назначением виферона в дозе 3 млн МЕ ежедневно в течение 10 дней и применением наружной формы данного препарата на весь срок лечения. После окончания системного применения роаккутана, для закрепления клинического эффекта, использовался топический ретиноид (1% адапален) «Дифферин» сроком до трех месяцев.

Во второй группе (20 человек) применялась традиционная схема применения роаккутана: суммарная курсовая доза не менее 120 мг/кг и не менее 4 месяцев приема. После приема роаккутана также назначался дифферин. Динамику воспалительных акне-элементов в очагах поражения оценивали с учетом выраженности процесса и регресса воспалительных элементов по срокам: до лечения (100%), через 1, 2, 4, 5, 6-8 месяцев.

Сравнение эффективности традиционного и комплексного (с включением виферона) лечения проводили по степени тяжести поражения. Для оценки степени тяжести использовали количественную и качественную градацию (по шкале Кука 0 – 3, 4 – 6, и более 6) [1].

После лечения роаккутаном ближайшие результаты показывают положительную динамику процесса: в подгруппе со среднетяжелым течением после первого месяца приема интенсивность процесса снизилась с $5,6 \pm 1,62$ до $4 \pm 1,89$, в подгруппе с тяжелым течением с $7,72 \pm 1,41$ до $5,7 \pm 2,34$ по шкале Кука. В интервале от 6 до 8 месяцев в обеих группах все воспалительные элементы разрешились, что соответствовало градации по шкале Кука – 0-1. В группе комплексного применения роаккутана и виферона после первого месяца лечения интенсивность процесса в подгруппе со **среднетяжелым течением** уменьшилась до $3,17 \pm 1,23$ по шкале Кука, в подгруппе с **тяжелым течением** до $4,01 \pm 2,01$. В конце пятого месяца все элементы разрешились.

На фоне проводимой терапии на 2-3-й неделе от начала приема роаккутана у больных в группе сравнения отмечалось транзиторное обост-

рение (больные об этом были заранее предупреждены), которое выразилось в появлении небольшого количества папулопустулезных элементов и узлов. В основной группе, получавшей виферон, у 50% больных обострение не наблюдалось. У 50% больных отмечено значительное уменьшение явлений транзиторного обострения, которое выразилось в меньшем количестве вновь появившихся элементов. У всех больных данной группы к концу 4-й недели регресс старых элементов наблюдался значительно раньше по сравнению с группой сравнения, что и свидетельствует о большей эффективности проводимой терапии.

В группе с традиционным лечением средняя курсовая доза роаккутана составила $127 \pm 10,8$ мг/кг в сроки от 6 до 8 месяцев, при которой происходит стойкий регресс воспалительных акне-элементов, который расценивался как «клиническое выздоровление». После проведенной иммунокоррекции вифероном, в группе комплексного лечения, время приема роаккутана соответствовало $4,5 \pm 0,8$ месяцев и средняя курсовая доза $48,3 \pm 4,4$ мг/кг, что достоверно ($p < 0,05$) в 2,6 раза меньше рекомендуемой дозы.

Сравнительный анализ эффективности проводимой терапии группы сравнения (получавших традиционное лечение акне) и основной группы (комплексное лечение с вифероном) показывает несомненно положительный эффект комплексного применения препаратов роаккутана с вифероном по выработанной нами схеме. Клиническое выздоровление было констатировано у всех 40 больных. Все больные лечение переносили удовлетворительно, без каких-либо серьезных побочных явлений и осложнений, в рамках указанных побочных действий.

Таким образом применение отечественного современного иммуномодулятора «Виферон» при комплексной терапии тяжелых форм акне у мужчин позволило не только добиться клинического выздоровления у всех больных и снижения у них побочных явлений, но и сократить сроки лечения и существенно снизить материальные затраты, что дает возможность расширить круг пациентов, использующих данный метод.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М., 2004. – С. 9-18.
2. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В., Михеев Г.Н. и др. Тактика ведения пациентов с себореей и акне: Сб. ст. / Вып. 1. – СПб., 2000. – С. 26-29.
3. Бухарович М.Н., Гридасова В.Д., Щеулова Е.А. // Вестн. дерм. и венер. – 1988. – № 2. – С. 48-50.
4. Котова Н.В. Комплексное лечение юношеских акне с использованием лейкинферона / Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999.
5. Кушлинский Н.Е., Саламова И.В., Масюкова С.А. и др. // Бюл. эксперим. биол. мед. – М., 1997. – Т. 123. – № 2. – С. 188-191.
6. Саламова И.В. Acne vulgaris : патогенетическое значение половых стероидных гормонов, их рецепторов и лечение ретинол пальмитатом / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995. – С. 25.

-
7. Суворова К.Н., Котова Н.В. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 1999. – № 5. – С. 67-72.
 8. Фержтек О. Косметика и дерматология. – М., 1990. – С. 156-257.
 9. Фицпатрик Д.Е., Элинг Д.Л. Секреты дерматологии. – М.-СПб., 1999.
 10. Cunliffe W.J., Holland D.B., Clark S.M., Stables G.L. // Br. J. Dermatol. – 2000. – V. 142 (Iss), № 6. – P. 1084-1091.
 11. Falcon R.H., Lee W.L., Shalita A.R. et al. // J. Invest. Dermatol. – 1986. – V. 86. – P. 550-552.
 12. Habif T.P., editor. Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy / 3rd ed. – St. Louis, 1996.

ПРЕПАРАТЫ СЕРИИ «КЛЕРАСИЛ» В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ

Л.В. Корнева, С.С. Кряжева, С.С. Снарская
ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

В связи с большой распространенностью поражений кожи в пубертатном периоде по типу себореи и вульгарных угрей постоянно совершенствуется не только системная терапия для такого рода изменений кожи [1], но и наружные средства. Основными факторами, приводящими к развитию акне, являются: нарушение качественных и количественных параметров кожного сала; изменения гормонального фона; фолликулярный гиперкератоз, интенсивная колонизация *Propionibacterium asne* в сально-волосяных фолликулах, с присоединением другой микрофлоры; развитие воспалительной реакции в перифолликулярной зоне; генетическая предрасположенность; другие факторы (контакт с комедоногенными веществами, механическое воздействие и т.д.).

Лечение акне обычно комплексное и во многом зависит от степени тяжести заболевания.

Выделяют 4 степени тяжести акне:

- I (или легкая) характеризуется наличием лишь комедонов (открытых и закрытых);
- II характеризуется возникновением воспалительных папул и единичных пустул;
- III отличается выраженной папуло-пустулезной сыпью, с воспалительными явлениями, а также единичными кистами (помимо лица поражены грудь, спина, плечевой пояс);
- IV отличается особой тяжестью за счет формирования глубоких воспалительных инфильтратов, имеющих тенденцию к слиянию и формированию абсцессов, разрешающихся с образованием грубых рубцов [2].

При I и частично II степени может быть достаточно рационального ухода за кожей, коррекции пищевого рациона (ограничение жиров, углеводов) и назначения препаратов серы, витаминов (А, группы В) и